

# Percepciones de médicas y médicos de atención primaria de Madrid sobre las medidas de ajuste en el sistema público de salud



Julio Heras-Mosteiro<sup>a</sup>, Laura Otero-García<sup>b,c,\*</sup>, Belén Sanz-Barbero<sup>c,d</sup>  
y Jesús María Aranaz-Andrés<sup>a,c,e</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

<sup>b</sup> Sección Departamental de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

<sup>c</sup> CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

<sup>d</sup> Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

<sup>e</sup> Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 18 de noviembre de 2015

Aceptado el 3 de febrero de 2016

On-line el 14 de marzo de 2016

### Palabras clave:

Atención primaria

Políticas de salud

Investigación cualitativa

Calidad

Perspectiva profesional

Servicios de salud

## R E S U M E N

**Objetivo:** Para hacer frente a la actual crisis económica, las administraciones han impulsado medidas de ajuste que han afectado al sistema público de salud. Presentamos la percepción que de esas medidas tienen los/las médicos/as de atención primaria de dos centros de salud de Madrid.

**Método:** Se desarrolló un estudio cualitativo en dos centros de salud del distrito de Fuencarral-El Pardo (Madrid), que tiene tasas de paro y de población inmigrante superiores a la media de la ciudad. Se realizaron 12 entrevistas semiestructuradas a médicos/as de dichos centros. El análisis de la información se basó en el análisis del contenido clásico.

**Resultados:** Se identifican dos categorías: valoración de medidas de ajuste y valoración de la toma de decisiones en dicho proceso. Las personas entrevistadas manifiestan la necesidad de impulsar medidas que mejoren el sistema público de salud, pero expresan su desacuerdo con las implementadas. Consideran que no están basadas en la evidencia y que obedecen a una necesidad de ahorro a corto plazo. Creen que ha habido una mala comunicación de las medidas, sin la participación de profesionales sanitarios/as asistenciales en su priorización, elección e implementación. Consideran imprescindible esta participación porque son quienes conocen de forma práctica las disfunciones del sistema, teniendo más presente la centralidad del paciente.

**Conclusiones:** Se hace imprescindible que los poderes públicos incorporen activamente a profesionales sanitarios/as asistenciales en la toma de decisiones para garantizar la implementación de medidas basadas en la evidencia, con un alto respaldo profesional, manteniendo así la calidad asistencial.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Perceptions of primary care physicians in Madrid on the austerity measures in the health care system

### A B S T R A C T

### Keywords:

Primary care

Health policy

Qualitative research

Quality of health care

Health care systems

**Objective:** To address the current economic crisis, governments have promoted austerity measures that have affected the taxpayer-funded health system. We report the findings of a study exploring the perceptions of primary care physicians in Madrid (Spain) on measures implemented in the Spanish health system.

**Methods:** We carried out a qualitative study in two primary health care centres located in two neighbourhoods with unemployment and migrant population rates above the average of those in Madrid. Interviews were conducted with 12 primary health care physicians. Interview data were analysed by using thematic analysis and by adopting some elements of the grounded theory approach.

**Results:** Two categories were identified: evaluation of austerity measures and evaluation of decision-making in this process. Respondents believed there was a need to promote measures to improve the taxpayer-funded health system, but expressed their disagreement with the measures implemented. They considered that the measures were not evidence-based and responded to the need to decrease public health care expenditure in the short term. Respondents believed that they had not been properly informed about the measures and that there was adequate professional participation in the prioritization, selection

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [laura.otero@uam.es](mailto:laura.otero@uam.es) (L. Otero-García).

and implementation of measures. They considered physician participation to be essential in the decision-making process because physicians have a more patient-centred view and have first-hand knowledge of areas requiring improvement in the system.

**Conclusions:** It is essential that public authorities actively involve health care professionals in decision-making processes to ensure the implementation of evidence-based measures with strong professional support, thus maintaining the quality of care.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

La crisis económica en España, iniciada en 2008, tuvo su culminación en el rescate al sector bancario por parte de la Eurozona (2012), que exigió como contrapartida una serie de medidas de consolidación fiscal<sup>1</sup>. Este periodo de crisis económica ha tenido graves consecuencias sociales, reflejadas en un importante crecimiento de la tasa de desempleo que pasó del 8% al 22,3% de la población activa entre los años 2007 y 2015<sup>2</sup>. Además, se ha producido un incremento de la desigualdad social<sup>3</sup>. El coeficiente de Gini ha pasado de 31,3 a 34,0 en el periodo 2008-2011, sólo superado por Bulgaria, Latvia y Portugal en el grupo Euro-27<sup>4</sup>.

Entre las medidas de ajuste implementadas en el Sistema Nacional de Salud (SNS) por la Administración General del Estado destacan la reducción del gasto público en sanidad, que alcanzó su máximo en 2009 y luego disminuyó un 1,7% en 2010, un 1,94% en 2011 y un 5,7% en 2012<sup>5</sup>; la congelación salarial de los empleados públicos<sup>5</sup>; y el Real Decreto Ley (RDL) 16/2012<sup>6</sup>, considerada la medida legislativa sanitaria más importante de los últimos 14 años<sup>5,7,8</sup>. A partir del RDL 16/2012, la asistencia sanitaria pasa de un modelo de carácter universal a otro fundamentado en el aseguramiento del trabajo<sup>8-10</sup>, aunque la financiación del sistema sanitario siga estando soportada por impuestos generales y no por cotizaciones de los trabajadores. Tras este RDL, distintos grupos de población, como los inmigrantes en situación irregular, son excluidos del derecho a la asistencia sanitaria pública completa. Dicho grupo tiene acceso exclusivamente a la atención de urgencia, a los servicios prenatales –embarazo, parto y puerperio– y a los pediátricos. El RDL 16/2012 también introduce cambios en los copagos farmacéuticos. El gobierno de la Comunidad de Madrid, órgano con competencia exclusiva en la provisión de recursos sanitarios, también ha reducido el gasto sanitario territorial por habitante, pasando de 1261 € por habitante en 2008 a 1180 € por habitante en 2012, en el antepenúltimo puesto de todas las comunidades autónomas<sup>11</sup>.

Los datos publicados sobre la influencia de la actual crisis en la salud en España todavía son limitados, aunque día a día van surgiendo más publicaciones al respecto<sup>3,12</sup>, que se han centrado mayoritariamente en el impacto en la salud de la disminución del poder adquisitivo y del incremento de la desigualdad en la salud<sup>12-14</sup>, pero en menor medida se ha estudiado cómo los cambios en el acceso al sistema sanitario o el incremento del copago, entre otras medidas de ajuste, afectan a la salud de la población<sup>10</sup>.

Este estudio tiene como objetivo analizar las percepciones de los/las médicos de atención primaria (MAP) de Madrid sobre las políticas de ajuste implementadas en el SNS.

## Método

El contexto geográfico donde se ha realizado el estudio es el de la ciudad de Madrid, en dos barrios del distrito Fuencarral-El Pardo. En este distrito viven 233.852 personas. El 53% de la población son mujeres. La edad media es de 47,2 y 37 años en cada uno de los

barrios. Del total de la población empadronada, hay un 11,7% y un 14,6% de extranjeros en cada barrio<sup>15</sup>.

Los dos centros de salud escogidos comparten zona sanitaria y tienen como hospital de referencia el Hospital Universitario La Paz. En ellos trabajan en total 40 MAP y atienden a una población aproximada de 100.000 personas.

El trabajo de campo fue realizado por el primer autor entre diciembre de 2013 y marzo de 2014. Se diseñó un estudio cualitativo utilizando la técnica de entrevistas semiestructuradas en MAP que realizaban su labor asistencial en los dos centros de salud desde antes del inicio de la crisis económica. Se conformó un guión de entrevista para recoger información sobre las valoraciones que hacían los/las profesionales de atención primaria sobre las medidas de ajuste implementadas, la toma de decisiones y la participación profesional (tabla 1). La selección y la captación se hicieron a partir de una sesión informativa en cada centro de salud. Se reclutaron siete participantes siguiendo un «muestreo teórico» que tenía en cuenta las siguientes dimensiones: edad, tiempo trabajado como MAP y vinculación al centro de salud previa a la implantación de medidas. El resto fueron captados por el sistema de «bola de nieve». Se realizaron 12 entrevistas a seis mujeres y seis hombres con una media de 22,5 años de ejercicio profesional y una vinculación de unos 10 años al centro de salud. El resto de las características se resumen en la tabla 2. La duración de las entrevistas osciló entre 25 y 70 minutos, y fueron grabadas digitalmente tras el consentimiento verbal de los/las participantes. Luego se transcribieron literalmente y se procedió al análisis de contenido clásico<sup>16</sup> por parte de dos de los autores. Inicialmente se procedió a la codificación abierta, identificando los temas principales y asignando etiquetas o códigos para agruparlos. Para ello se utilizó el programa informático Open Code 3.6<sup>17</sup>. A continuación se realizó una codificación axial para identificar relaciones entre códigos creados. Finalmente se elaboraron las categorías de análisis.

**Tabla 1**

Esquema del guión de la entrevista semiestructurada

- ¿Cuánto tiempo llevas trabajando como médico/a de Atención Primaria? ¿Y en este Centro de Salud?
- ¿Has observado que se hayan implementado cambios en el sistema sanitario desde el inicio de la crisis? ¿Qué cambios?
  - ¿Quiénes consideras que han sido las personas/instituciones/grupos que han tomado las decisiones?
  - ¿Cómo se han tomado estas decisiones? ¿Qué criterios han guiado la toma de decisiones?
  - ¿Cómo ha sido la comunicación a los/las profesionales del proceso de toma de decisión?
  - ¿Cómo piensan tus compañeros/as al respecto? ¿Cuál crees que es la opinión mayoritaria?
  - ¿Cómo valoras estos cambios?
- ¿Crees que las medidas tomadas hasta ahora solucionan/corrigen los desafíos/deficiencias/problemas del Sistema Público de Salud?
- ¿Qué propuestas recomendarías?
- ¿Hay algo más que quisieras aportar a la entrevista?

**Tabla 2**  
Características de las personas participantes en el estudio MFyC: medicina familiar y comunitaria

Entrevista	Sexo	Rango edad (años)	Tiempo de ejercicio	Años en centro de salud	Otros datos
E1	Hombre	60	30 años	2	
E2	Mujer	55-60	23 años	16	Tutor residentes de MFyC
E3	Hombre	55-60	22 años	16	Tutor residentes de MFyC
E4	Hombre	60	34 años	34	Tutor residentes de MFyC y ex coordinador
E5	Mujer	50	21 años	13	Ex coordinadora
E6	Hombre	45-50	17 años	15	Coordinador actual
E7	Mujer	55-60	22 años	14	Tutor residentes MFyC
E8	Mujer	40-45	16 años	5	Interina
E9	Mujer	55	18 años	7	Tutora residentes MFyC
E10	Hombre	45	13 años	2	MFyC y otra especialidad
E11	Hombre	55-60	30 años	2	Ex coordinador en otro centro de salud
E12	Mujer	50	24 años	4	Interina

## Resultados

Tras el análisis surgen dos categorías significativas: una en torno a las medidas de ajuste, en la que se critican las medidas implementadas y se proponen otras, y otra categoría que gira sobre la ausencia de participación profesional en la toma de decisiones y en los errores de comunicación institucional (fig. 1).

### Son necesarias otras medidas en el sistema sanitario público

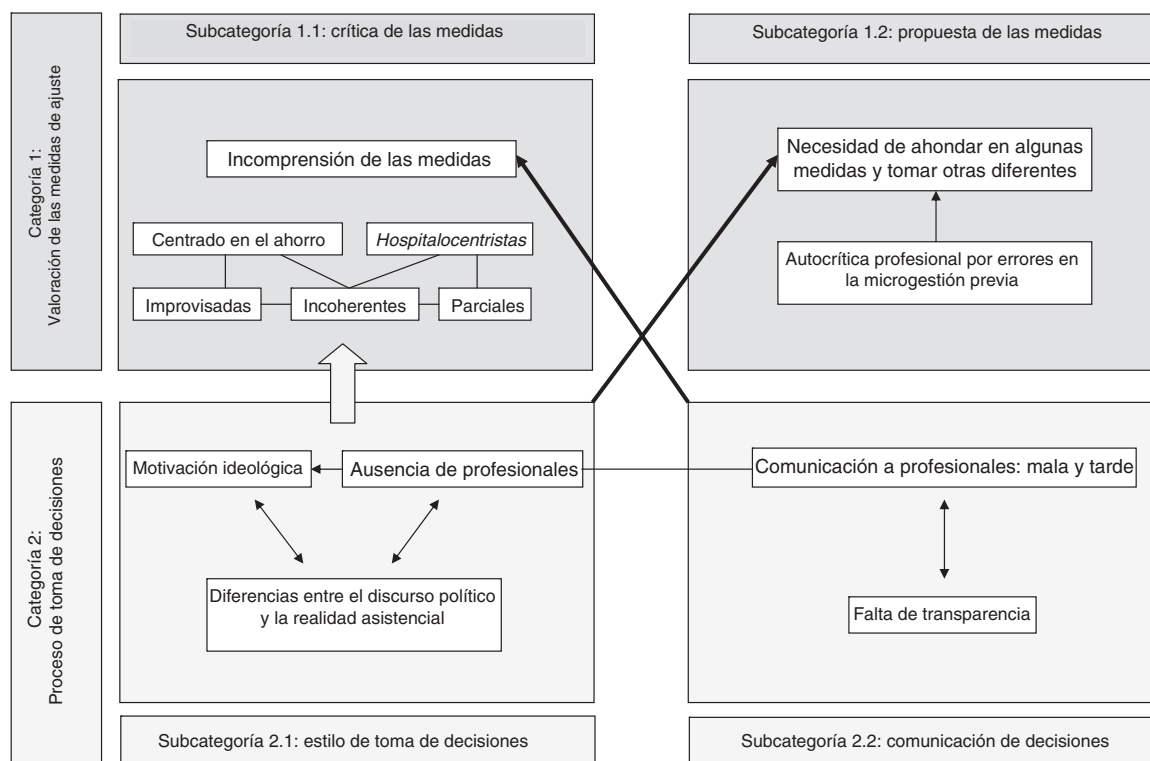
El colectivo entrevistado considera que las medidas adoptadas se han caracterizado por la improvisación, el escaso rigor técnico, la priorización en el ahorro, no estar alineadas, ser parciales y prevalecer una visión «hospitalocentrista». Los *verbatim*s relacionados con estas características se resumen en la tabla 3.

Las personas entrevistadas hacen una autocrítica sobre la microgestión realizada en el pasado. Lamentan que el colectivo sanitario –profesión médica– no haya sido riguroso en el control de los recursos públicos ni haya hecho previamente autocrítica sobre la manera

de gestionar los recursos: «Creo que nuestra profesión no ha sido lo suficientemente crítica [...] Y tenemos que ser muy críticos e intentar mejorar la gestión, servicio público sí, o también [...] O sea, tú no puedes permitir una hemorragia de recursos, por ejemplo, dando glucómetros a gente que no se los tienes que dar. Por ejemplo.» (Entrevista 5.)

Manifiestan que es necesario implementar medidas que mejoren la calidad de la atención sanitaria del sistema sanitario público y que eliminen aquellos aspectos que no aportan valor, aunque consideran que debe preservarse la centralidad del paciente en la elección de las medidas: «Yo sé que hay que ahorrar, que el sistema se hunde, yo lo intento, pero hay cosas que... también tenemos que ver a quién tenemos enfrente.» (Entrevista 9.)

Existen dos propuestas que se repiten en las entrevistas: la «desfinanciación» de fármacos con baja eficacia terapéutica y la llamada «desburocratización» de la práctica asistencial en atención primaria. Consideran que el tiempo empleado en determinadas tareas supone un coste de oportunidad para el sistema sanitario: «El tiempo que yo dedico a hacer recetas es un tiempo



**Figura 1.** Categorías, subcategorías y códigos (con sus relaciones) identificados en las entrevistas semiestructuradas.

**Tabla 3**

Características de las medidas de austeridad implementadas en el sistema sanitario público según las personas entrevistadas

Características	Verbatim
Improvisadas (inseguridad)	«Son medidas que no te explican, que las aplican, luego las dejan de aplicar, luego van, luego vuelven, se ve una inseguridad que no transmite seguridad y que lo que se está haciendo sirva para algo [...] Vamos a ver, lo que han transmitido, sobre todo en la Comunidad de Madrid, es mucha inseguridad, de qué se estaba haciendo, cómo se estaba haciendo, si se estaba pensando que esto era a lo loco.» (Entrevista 4)
Sin justificación técnica (ideológicas)	«Hacerlo por una cuestión ideológica, no es de recibo. O sea, la necesidad no devenía, no deviene de una motivación ideológica, aun cuando siempre la política sanitaria está impregnada, por supuesto, de un ideario, ¿no? Pero yo creo, por eso me refiero a lo de reclamar gestores, entre comillas, “imparciales”, y al margen del devenir político.» (Entrevista 6)
Centradas en el ahorro sin valorar su impacto en la calidad	«No se ha intentado ver qué gastos eran prescindibles y qué gastos no eran prescindibles y qué gastos van a generar más daño y qué van a generar menos daño, cuál va a ser un destroz estructural que luego nos va costar Dios y ayuda arreglarlo y cuál no, Yo creo que ha sido un recorte por la calle de en medio, ¿no? Además corría prisa y tacadá, por ahí cortamos y Santas Pascuas. Entonces evidentemente no ha beneficiado, ha perjudicado, porque ha sido indiscriminado.» (Entrevista 1)
Incoherentes (no alineadas)	«El criterio es: necesito dinero porque no tengo y voy a vender este hospital para que lo gestione quién sabe quién. O sea, ¿tú no tienes dinero y haces siete hospitales, en la mitad tienes cerradas las plantas, en otros tienes habitaciones individuales que parecen hoteles de lujo? [...] Es que el paciente dirá: “Antes, había dinero y compartía habitación. Ahora estoy en una habitación individual que es mejor que la de mi casa. ¡Qué crisis! Pero lo que no hay es médicos ni enfermeras, y están corriendo de un lado...”. No sé, yo creo que lo que no se ve es coherencia.» (Entrevista 4)
Parciales (sin criterio objetivo ni universal)	«Son ellos [los políticos] los que autorizan fármacos, son ellos los que autorizan el precio, son ellos los que pactan el precio con la industria farmacéutica, nosotros sólo prescribimos. Si tú crees que un fármaco es muy caro, no aporta nada respecto a los que ya tienes, no lo autorizas y punto. Pero no, aquí lo que se hace es autorizar un fármaco que no aporta nada a un precio de locos y luego presionar al médico para que no lo recete... Es que no tiene ningún sentido.» (Entrevista 3)
Hospitalocentristas	«Es que yo creo que nuestros últimos gestores no creen en la atención primaria, van a la privada [...] Como ellos, en realidad, confían más en la medicina privada [...] el patrón convencional de “especialista va especialista viene”, pues en realidad ¿para qué van a apoyar la primaria si no creen en ella?» (Entrevista 8)

extraordinariamente caro. Para el país, quiero decir. Yo puedo hacer el trabajo de un administrativo, hasta puedo limpiar la consulta, que también la he limpiado alguna vez. Pero hay una diferencia esencial: ninguno de los otros compañeros que hacen la limpieza y tal y cual pueden hacer lo mío.» (Entrevista 10); y creen que la desfinanciación debería extenderse a más fármacos: «Yo sería mucho más agresiva en quitar fármacos de los subvencionados públicamente [...] Quizás probablemente lo único que hayan hecho bien sea lo de quitar ciertos medicamentos, que no valían para nada. Aunque también han quitado otros que valían para algo. Pero bueno...» (Entrevista 2).

Al preguntar por las medidas de ajuste implementadas desde el inicio de la crisis económica, las personas entrevistadas, casi por unanimidad, manifiestan su incomprensión y su desacuerdo en la manera en que se han implementado: «Los profesionales, es que, no lo entendemos, no, no vemos qué beneficio puede tener eso. Y claro, cuando tú no lo ves, no lo entiendes, nadie te lo explica o las explicaciones que te dan son muy peregrinas, pues claro, te hace pensar, que no tiene explicación, que a lo mejor es por una cosa rara, “inconfesable”, que no se puede saber o que no interesa saber, ¿no? Y eso te desanima mucho, te desanima mucho.» (Entrevista 1).

#### *Ausencia de participación profesional en la toma de decisiones y errores en la comunicación institucional de las medidas*

Existen diferentes percepciones acerca de quién o quiénes son los actores que han decidido qué medidas de ajuste se llevan a cabo en el sistema sanitario público. Para algunas personas entrevistadas, los/las altos/as dirigentes políticos/as de la Comunidad de Madrid son los/las máximos/as responsables, mientras que para otras las decisiones trascienden a las personas y son fruto de una ideología política: «Las decisiones las ha tomado el partido que hay en el gobierno actualmente, ¿no? No las está tomando nadie concreto, sino que es una ideología, ¿no? Lo que están haciendo, y están aplicando, es su ideología, simplemente.» (Entrevista 8).

Consideran que la comunicación de las medidas a los/las profesionales ha sido deficitaria. Comentan cómo la mayoría de ellos/ellas se han enterado de las medidas por agentes externos a la institución sanitaria. Aunque consideran que este hecho no es nuevo, refieren que dada la magnitud de las medidas implementadas son particularmente graves estos déficits en la comunicación interna: «¿Que cómo me he enterado? Básicamente me entero por la prensa y por la televisión antes de que nos lo comuniquen a nosotros. Aquí nadie te comunica nada, nada. Luego sí, luego ya una vez que ya estás informada pues, aparece un correo, pero eso es muy a posteriori [...] Vamos, informarte de cómo hacen su política sanitaria, lo que se nos viene encima, normalmente me entero por la prensa.» (Entrevista 12).

Las personas entrevistadas critican la falta de transparencia que ha envuelto la adjudicación de conciertos a compañías privadas, la concesión de explotación de los nuevos hospitales, la gestión de las derivaciones a especializada y la política de aprobación de medicamentos. La interpretación general de los/las entrevistados/as es que esta falta de transparencia es un acto deliberado y planificado para favorecer a determinados grupos privados: «A ver, a mí me parece que todo esto estaba pensado de antemano [...] todo lo que nos está pasando en cuanto a la ordenación, reordenación sanitaria en Madrid, parece que el resultado, son matemáticas: es derivar a pacientes y desviarlos a sitios donde hay gente que se puede lucrar y ya está. O sea, esto no es en beneficio del paciente, no es un beneficio del paciente.» (Entrevista 7).

En las entrevistas aparece de forma reiterada la queja ante la ausencia de participación profesional, a través de los/las representantes profesionales, en el diseño, la priorización y la elaboración de las medidas: «Y a los profesionales hay que informarles cuando se van a tomar medidas, de qué se va a hacer, para que nosotros también participemos. Porque hay plataformas que sí que se dedican a la gestión y que nos representan, que saben el dinero que realmente hay, cómo se puede invertir o lo que sea, y que sean ellos los que también aporten algo.» (Entrevista 4).

La presencia del colectivo médico se considera clave para impulsar medidas acordes con la realidad asistencial que experimentan los/las clínicos/as. Creen que su lugar en el sistema sanitario les confiere una posición privilegiada para conocer de manera práctica las disfunciones del sistema, detectar rápidamente las consecuencias de las medidas, implementar las medidas de una forma más



racional y tener más presente la centralidad de los/las pacientes en el sistema sanitario: «Yo no creo que sea imprescindible que los gestores sanitarios tengan que ser médicos, pero sí tienen que tener una cultura sanitaria muy importante. Es decir, si tú te pones a estudiar determinadas materias de salud pública, de preventiva, te viene muy bien haber conocido a pie de calle la realidad en la que nos movemos los del “zulo”. Yo llamo “zulo” a la consulta, y lo llamo con razón, porque ahí al final te quedas tú con tu paciente cara a cara y tienes ahí que hilvanar o instrumentalizar los recursos a los que puedes acceder. Entonces, nuestros gestores están muy lejos de esta realidad.» (Entrevista 12).

En distintos momentos surgen comentarios en los que se describe cómo la prioridad de cuidar y atender a la población lleva a las personas entrevistadas a plantearse desobedecer medidas propuestas por considerarlas injustificadas: «Yo no, a mí me da igual lo que ellos digan, o sea, es que no sé cómo explicártelo, lo tengo clarísimo, o sea, como si me quieren echar, como que si me llaman y me dicen que si has hecho esto, ah, pues que me echen, o que me llamen para decirme que he derivado o algo que no debo, bueno, o sea, ante la duda está el paciente. Yo, ante la duda, está el paciente, la vida de un paciente, lo tengo clarísimo.» (Entrevista 9).

## Discusión

Los/las MAP de Madrid que participaron en este estudio perciben que es necesario adoptar medidas que mejoren y hagan sostenible el sistema sanitario público, pero no creen que las reformas implementadas vayan a lograr dicho objetivo. Consideran que las medidas han sido precipitadas, sin criterio técnico, se han centrado en el ahorro y han tenido una perspectiva «hospitalocéntrica». Las personas entrevistadas perciben que ha habido falta de transparencia en la toma de decisiones, sienten que los/las profesionales han sido excluidos/as del debate y de las propuestas, y consideran que su presencia en todos los momentos del proceso garantizaría un mayor rigor y más objetividad de las medidas.

Es importante señalar que los/las MAP consideran necesario implementar medidas de mejora en el SNS. Esta vivencia está en consonancia con otras voces de distintos ámbitos, que ven necesario implementar algunas medidas<sup>5,18,19</sup>. Disminuir o reorganizar las tareas burocrático-administrativas es una propuesta tanto de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria como de la Asociación Española de Economía de la Salud<sup>9,20</sup>. La mayoría de los/las participantes coinciden en la necesidad de mejorar la política farmacéutica, aspecto clave y coincidente con otros grupos profesionales que abogan por impulsar la evaluación de tecnologías<sup>5,9,21,22</sup>. Estas dos propuestas, que plantean eliminar aquellas intervenciones que no son apropiadas, efectivas o que no aportan valor, por otras coste-eficientes<sup>23</sup>, coinciden con lo que se ha llamado reinversión en salud, que no es una estrategia circunstancial de recorte ni sirve sólo para mitigar efectos de las crisis, sino que resulta un mecanismo de mejora periódica de la eficiencia que ha sido demostrado en distintos países<sup>24</sup>.

Desde distintos ámbitos profesionales de la salud se han cuestionado las medidas adoptadas, y es la atención primaria uno de los colectivos que más activamente se ha movilizado<sup>25</sup>, posiblemente porque se siente más directamente afectado, considerándolas inadecuadas<sup>8,26</sup>, inefectivas<sup>5,9</sup>, que vulneraban la equidad del sistema sanitario<sup>7,9,10,27</sup>, que no están dirigidas por criterios técnicos y objetivos<sup>19,28,29</sup>, que agravan los costes en salud de la población, en especial la más vulnerable, y que a la postre generan más gasto<sup>28–30</sup>.

Según los/las participantes, una de las características que ha tenido la toma de decisiones de las medidas ha sido la

improvisación, coincidiendo con lo expresado por la Organización Médica Colegial<sup>19</sup>. Es probable que una de las consecuencias de esta improvisación hayan sido las numerosas rectificaciones que se han realizado, tanto antes de implementar las medidas como una vez implementadas. Ejemplos de ello se han visto en el intento de privatización de hospitales públicos en Madrid y su posterior retirada tras fallos judiciales en su contra<sup>31</sup>, o recientemente la propuesta de incluir a la población inmigrante excluida del derecho de asistencia sanitaria por el RDL 16/2012<sup>32</sup>.

Las personas entrevistadas consideran que el «ahorro a cualquier precio» ha guiado las medidas implementadas por los distintos gobiernos. Esta percepción coincide con el protagonismo que tienen las carteras de economía y hacienda de las distintas Administraciones en la ordenación y la priorización de las políticas de ajuste, sin contar casi con sus homólogos de sanidad, tal como han denunciado distintos autores<sup>5,9,19,28</sup>.

La queja que expresa el colectivo entrevistado sobre la ausencia de participación en la toma de decisiones dentro del SNS pone de relieve la necesidad de profundizar en el debate sobre la gobernanza del sistema sanitario y el papel que deberían desempeñar los/las profesionales. Distintos autores han señalado que uno de los grandes retos que tiene el sistema sanitario público español es la gobernanza<sup>5,19,28,33</sup>. Es necesario crear estructuras que garanticen una mejor gobernanza, alejada de los vaivenes políticos y que tenga una fuerte implicación profesional<sup>5,33</sup>. Además, la participación profesional está íntimamente ligada con la calidad de la asistencia, ya que está demostrado que el grado de calidad de los servicios ofertados en un sistema sanitario está directamente relacionado con el nivel de satisfacción y motivación de los/las profesionales que trabajan en él, como se ha descrito en distintos estudios en atención primaria<sup>34</sup>.

Las limitaciones del estudio son las propias de la metodología cualitativa: la información obtenida es específica para el universo estudiado y no es posible extraer conclusiones generalizables a otros contextos. También consideramos una limitación el contexto de reivindicación profesional laboral que se ha dado en el pasado reciente en Madrid, favoreciendo un discurso muy estructurado, corporativista y homogéneo por el influjo de la deseabilidad social entre pares. A pesar de esto, consideramos que se han alcanzado los criterios de credibilidad, transferibilidad y confirmabilidad o neutralidad propuestos para valorar la validez de los estudios cualitativos<sup>35</sup>.

Por último, se concluye que los poderes públicos deberían incorporar activamente a los/las profesionales sanitarios/as en la toma de decisiones para garantizar la implementación de medidas de mejora del sistema sanitario público basadas en la evidencia y con un alto respaldo profesional, manteniendo así la calidad de la asistencia.

## Editor responsable de artículo

Carlos Álvarez-Dardet.

## Declaración de transparencia

El/la autor/a principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

### ¿Qué se sabe sobre el tema?

Existe evidencia que demuestra la influencia de la actual crisis en la salud de la población en el contexto español. La mayoría de los estudios se han centrado en la repercusión de la crisis económica y, en menor medida, de las políticas de austeridad, sobre la salud de la población.

### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La mayoría de las personas entrevistadas consideran necesario desarrollar medidas que mejoren el sistema público de salud, aunque desaprueban las medidas de ajuste implementadas al considerar que no están basadas en la evidencia. Nuestro estudio puede servir de impulso para que las instituciones públicas conozcan la opinión de los/las profesionales sanitarios/as e incorporen activamente a este colectivo en la toma de decisiones.

### Financiación

El estudio ha recibido la financiación del CIBERESP para la transcripción de ocho entrevistas.

### Contribuciones de autoría

Este estudio fue diseñado por J. Heras-Mosteiro, L. Otero-García y B. Sanz-Barbero. J. Heras-Mosteiro realizó todas las entrevistas semiestructuradas y transcribió digitalmente cuatro de las entrevistas. J. Heras-Mosteiro y L. Otero-García realizaron el análisis de la información. J. Heras-Mosteiro ha redactado el manuscrito en colaboración con L. Otero-García, B. Sanz-Barbero y J. Aranz-Andrés. Todos/as los/las autores/as han colaborado en la revisión crítica del manuscrito con importantes contribuciones intelectuales, y han aprobado su versión final.

### Conflicto de intereses

Ninguno.

### Agradecimientos

Nuestro más sincero agradecimiento a todas las personas entrevistadas que participaron desinteresadamente en este estudio.

### Bibliografía

- Legido-Quigley H, Otero L, La Parra D, et al. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ*. 2013;346:f2363.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Población Activa, tercer trimestre 2014. 2014. (Consultado el 22/1/2016.) Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/daco4211/epa0414.pdf>
- Segura A. Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28:7-11. (Consultado el 25/06/2014.) Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/index.php?p=watermark&idApp=WGSE&piitem=S0213911114000508&origen=gacetasanitaria&web=gacetasanitaria&urlApp=http://www.gacetasanitaria.org&estadoltem=S300&idiomalttem=es>
- Eurostat File: at-risk-of-poverty rate and threshold, 2011 YB14.png - Statistics Explained. 2013. (Consultado el 1/04/2014.) Disponible en: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics-explained/index.php?title=File:At-risk-of-poverty\\_rate\\_and\\_threshold\\_2011\\_YB14.png&filetimestamp=20131218121051#](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics-explained/index.php?title=File:At-risk-of-poverty_rate_and_threshold_2011_YB14.png&filetimestamp=20131218121051#)
- Repullo JR. Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28:62-68. (Consultado el 25/06/2014.) Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/cambios-regulacion-gobierno-sanidad-informe/articulo/S0213911114000910/>
- Gobierno de España. Real Decreto Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín del Estado* n° 98. 2012. p. 31278-312. (Consultado el 18/06/2014.) Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>
- Casino G. Spanish health cuts could create humanitarian problem. *Lancet*. 2012;379:1777.
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Comunicado Asamblea y Junta SESPAS en relación con el RD Ley 16/2012 de 20 de abril. 2012. (Consultado el 24/6/2014.) Disponible en: [http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/RDLe16\\_2012\\_20abril.pdf](http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/RDLe16_2012_20abril.pdf)
- Junta Directiva de la Asociación de Economía de la Salud. Posición de la Asociación de Economía de la Salud sobre la reforma del derecho subjetivo a la asistencia sanitaria universal introducido por el Real Decreto Ley 16/2012. 2012. (Consultado el 24/6/2014.) Disponible en: [http://aes.es/Publicaciones/Documento.de\\_posicion.aseguramiento.pdf](http://aes.es/Publicaciones/Documento.de_posicion.aseguramiento.pdf)
- Legido-Quigley H, Urdaneta E, González A, et al. Erosion of universal health coverage in Spain. *Lancet*. 2013;382:1977.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística de gasto sanitario público 2012. Principales resultados. 2014. (Consultado el 15/6/2014.) Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- Cortés-Franch I, López-Valcárcel G. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28:1-6. (Consultado el 15/1/2016.) Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/index.php?p=watermark&idApp=WGSE&piitem=S0213911114000971&origen=gacetasanitaria&web=gacetasanitaria&urlApp=http://www.gacetasanitaria.org&estadoltem=S300&idiomalttem=es>
- Regidor E, Barrio G, Bravo MJ, et al. Has health in Spain been declining since the economic crisis? *J Epidemiol Community Health*. 2014;68:280-2.
- Roca M, Gili M, García-Campayo J, et al. Economic crisis and mental health in Spain. *Lancet*. 2013;382:1977-8.
- Instituto Municipal de Estadística. Madrid. Instituto de Estadística. Madrid. Ficha municipal: Madrid Zona estadística: Municipio de Madrid. p. 1-2. 2014:1-13. (Consultado el 15/1/2016.) Disponible en: <http://www-2.munimadrid.es/TSE6/control/mostrardatos>
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24:105-12.
- ICT Services and System Development and Division of Epidemiology and Global Health. OpenCode 3. 4. Umeå: Umeå University; 2013.
- Sociedad Española de Médicos de Familia y Comunitaria. Informe sobre los recortes en los servicios sanitarios de las comunidades autónomas. 2012. (Consultado el 21/1/2016.) Disponible en: <http://www.semefyc.es/es/biblioteca/virtual/detalle/Recortes/>
- Organización Médica Colegial de España. Compromisos y exigencias de la profesión ante la crisis económica, de valores y de gobierno en el SNS. 2011. (Consultado el 21/1/2016.) Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/manifiesto\\_omc\\_recortes\\_oct.2011.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/manifiesto_omc_recortes_oct.2011.pdf)
- Grupo de Incapacidad temporal de las Jornadas de Primavera semFYC 2010. Medidas básicas para mejorar la gestión de los procesos de incapacidad temporal. Barcelona. 2010. Documentos: 27. 17 p. (Consultado el 20/1/2016.) Disponible en: <http://www.semefyc.es/es/biblioteca/virtual/detalle/MEDIDAS+BASICAS+PARA+MEJORAR+LA+GESTION+DE+LOS+PROCESOS+DE+INCAPACIDAD+TEMPORAL/>
- Gil V, Barrubés J, Álvarez J-C, et al. La sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. Barcelona; Antares; 2010. 39 p. (Consultado el 20/1/2016.) Disponible en: <https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/c6588ca870017ee857c1e86ac325f514a6fc5b4.pdf>
- Grupo de Trabajo de Utilización de Fármacos. Opinión de los usuarios en relación con las medidas de recorte y copago en farmacia. Nota de prensa Congreso Semfyc. (Consultado el 10/6/2014.) Disponible en: <http://www.google.es/url?sa=t&rc=j&q=&src=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.semefyc.es%2Fes%2Fcomponentes%2Farchivos%2Fdescarga.php%3FMTyMj%253D&ei=OOvDU6yPpPSN0wXK24HoBA&usq=AFQjCNFkQMpz4BDK-yZWAQyS1Yu-rH0gQ&sig2=bg1hV-GahbfegTjKprq7cw&bvm=bv.70810081,d.d2k>
- Repullo JR. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist*. 2012;27:130-8. (Consultado el 10/6/2014.) Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-90139042-S300>
- Campillo-Artero C, Bernal-Delgado E. Reinversión en sanidad: fundamentos, aclaraciones, experiencias y perspectivas. *Gac Sanit*. 2014;27:175-9. (Consultado el 10/6/2014.) Disponible en: <http://gacetasanitaria.elsevier.es/index.php?p=watermark&idApp=WGSE&piitem=S0213911112000866&origen=gacetasanitaria&web=gacetasanitaria&urlApp=http://www.gacetasanitaria.org&estadoltem=S300&idiomalttem=es>
- Novoa Jurado AJ. Atención primaria. No podemos esperar y cruzar los dedos. *Aten Primaria*. 2014;45:2013-4.
- Gallo P, Gené-Badía J. Cuts drive health system reforms in Spain. *Health Policy*. 2013;113:1-7.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374:315-23.
- Gené-Badía J, Gallo P, Hernández-Quevedo C, et al. Spanish health care cuts: penny wise and pound foolish. *Health Policy*. 2012;106:23-8.
- Navarro V. El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública. *Gac Sanit*. 2012;26:174-5.

30. Médicos del Mundo. Dos años de reforma sanitaria: más vidas humanas en riesgo. Médicos del Mundo. 2014. 72 p. (Consultado el 21/1/2016.) Disponible en: [https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos.Impacto-Reforma-Sanitaria-Medicos-del-Mundo\\_3ec0bdf9%232E%23pdf](https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos.Impacto-Reforma-Sanitaria-Medicos-del-Mundo_3ec0bdf9%232E%23pdf)
31. Ediciones El País. Madrid da marcha atrás a la privatización sanitaria tras el último revés judicial. 2014. (Consultado el 1/4/2014.) Disponible en: [http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/01/27/madrid/1390839012\\_137715.html](http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/01/27/madrid/1390839012_137715.html)
32. El Mundo. Madrid imita a otras CCAA y dará cobertura sanitaria a sin papeles. Salud El Mundo. (Consultado el 20/1/2016.) Disponible en: <http://www.elmundo.es/salud/2015/08/21/55d73f44ca4741c9088b458f.html>
33. Ángel L, Ochoa O. La sostenibilidad del Sistema Nacional y la ciudadanía. ¿Hemos agotado nuestro Sistema Nacional de Salud? Contextualización y determinantes del cambio y la innovación. Rev Adm Sanit. 2010;8:5-32. (Consultado el 21/1/2016.) Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-pdf-13187850-S300>
34. Jorge Rodríguez F, Blanco Ramos MA, Isa Pérez S, et al. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. Atención Primaria. 2005;36:442–7.
35. Guba E, Lincoln Y. Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. 1981. (Consultado el 27/6/2014.) Disponible en: <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1992-97542-000>